

年 月 日

志木市長 様

所在地： _____

医療機関名： _____

主治医氏名： _____

志木市不妊検査実施証明書

次のとおり、標記助成事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

夫の名前	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の名前	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）
不妊検査期間※1	年 月 日 ～ 年 月 日		
助成対象の期間	(夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日) 年 月 日 ～ 1年間		
助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額	円		
検査種類	男性の検査（下記該当項目に☑）	女性の検査（下記該当項目に☑）	
不妊検査※2	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 (黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストラジオール、乳汁分泌ホルモン、プロゲステロン、テストステロン測定等) <input type="checkbox"/> クラミア抗体検査あるいは核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等） <input type="checkbox"/> 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

※1：夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちら一方の検査期間を記載してください。

夫婦双方の検査を証明する場合は夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日から検査終了日を記載してください。

例 妻の検査期間令和5年3月1日～令和5年9月30日、夫の検査期間令和5年12月1日～令和6年3月31日

検査期間は令和5年3月1日～令和6年3月31日

助成対象期間は令和5年3月1日～1年間（令和6年2月28日まで。令和6年3月1日～令和6年3月31日は検査を行っていたとしても助成対象外）

※2：他の助成金を受けていない不妊検査にかかる経費であること。